

С. В. Федосєєв

СТРЕСОСТІЙКІСТЬ, СТРЕСУТВОРЮЮЧІ ФАКТОРИ І БОЛЬОВА ПОВЕДІНКА У ХВОРИХ З ДОРСАЛГІЄЮ ПРИ РІЗНИХ ВАРІАНТАХ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

С. В. Федосєєв

Стрессустойчивость, стресс-формирующие факторы и болевое поведение у больных с дорсалгией при разных вариантах неврологической патологии

S. V. Fedosieiev

Stress resistance, stress-forming factors and painful behavior in patients with dorsalgia with different variants of neurological pathology

Статтю присвячено вивченню стресостійкості, стрес-утворюючих факторів, що сприяють виникненню та хронізації больового синдрому, формуванню больової поведінки у хворих з дорсалгією при різних варіантах неврологічної патології. Для вивчення стресостійкості та адаптаційного потенціалу індивідуума застосовано шкалу оцінки соціальної адаптації Холмса і Рея у 65 хворих молодого віку з хронічним болем у спині (дорсалгією) та неврологічною патологією, вираженою розсіяним склерозом, персистуючими нейроінфекціями та вертебрoneврологічною патологією. Під час інтерпретації результатів також враховували клініко-анамнестичні дані. Проведене дослідження підтвердило роль стресу та соціальної дезадаптації в патогенезі больових синдромів. Показано значну стрес-формуючу роль неврологічної патології, особливо в дебюті неврологічного захворювання, коли соціальна дезадаптація індивідуума найбільш суттєва. Доведено, що темпи розвитку неврологічного захворювання, його особливості, особиста та соціальна значимість можуть значно впливати на формування та подальший перебіг дорсалгії, визначати адаптивну або дезадаптивну спрямованість больової поведінки.

Ключові слова: дорсалгія, стресостійкість, стрес-формуючі чинники, соціальна адаптація, больова поведінка

Статья посвящена изучению стрессоустойчивости, стресс-образующих факторов, способствующих возникновению и хронизации больового синдрома, формированию больового поведения у больных с дорсалгией при различных вариантах неврологической патологии. Для изучения стрессоустойчивости и адаптационного потенциала индивидуума применена шкала оценки социальной адаптации Холмса и Рея у 65 больных молодого возраста с хронической болью в спине (дорсалгией) и неврологической патологией, представленной рассеянным склерозом, персистирующими нейроинфекциями и вертебрoneврологической патологией. При интерпретации результатов также учитывали клиничко-анамнестические данные. Проведенное исследование подтвердило роль стресса и социальной дезадаптации в патогенезе больовых синдромов. Показана значительная стресс-формирующая роль неврологической патологии, особенно в дебюте неврологического заболевания, когда социальная дезадаптация индивидуума наиболее существенная. Доказано, что темпы развития неврологического заболевания, его особенности, личная и социальная значимость могут значительно влиять на формирование и дальнейшее течение дорсалгии, определять адаптивную или дезадаптивную направленность больового поведения.

Ключевые слова: дорсалгия, стрессоустойчивость, стресс-формирующие факторы, социальная адаптация, больовое поведение

The article is devoted to the study of stress resistance, the stress of the forming factors contributing to the emergence and chronicization of pain syndrome, the formation of painful behavior in patients with dorsalgia in various variants of neurological pathology. To study the stress-resistance and adaptive potential of the individual, the scale of social adaptation of Holmes and Ray was used in 65 young patients with chronic back pain (dorsalgia) and neurological pathology represented by multiple sclerosis, persistent neuroinfections and vertebroneurological pathology. When interpreting the results, clinical and anamnestic data were also taken into account. The study confirmed the role of stress and social maladaptation in the pathogenesis of pain syndromes. There is a significant stress forming the role of neurological pathology, especially in the onset of neurological disease, when the social maladjustment of the individual is the most significant. It is proved that the rates of development of the neurological disease, its features, personal and social significance can significantly influence the formation and further course of dorsalgia, determine the adaptive or disadaptive direction of pain behavior.

Keywords: dorsalgia, stress resistance, stress-forming factors, social adaptation, pain behavior

Уявлення про біль у спині, у їх теперішньому вигляді, є закономірним результатом тривалого вивчення етіологічних чинників та механізмів формування дорсалгій, як-от структурні порушення та захворювання хребта [1, 2], запальні зміни у хребті та нервовій системі [3, 4], порушення функціонування системи м'язів [5, 6], соматична патологія [6] та багатьох інших. Сучасні погляди на біль у спині трактують її як мультифакторіальний за походженням, однак із значною представленістю у структурі (до 80—85 %), так званого неспецифічного болю у спині [7—9]. Як важливі складники етіопатогенезу дорсалгій та цервікального болю вивчають та все ширше обговорюють психосоціальні чинники [7, 10—13], конституціональні властивості [14, 15], гендерні особливості [16]. Результати багаторічних наукових досліджень, проведених в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», свідчать про те, що різні варіанти неврологічної патології можуть формувати своєрідність клінічних проявів

та перебігу болю у спині, а патогенез дорсалгії є дуже міцно пов'язаний з патогенезом неврологічного захворювання, на тлі якого вона виникає, та може значно відрізнитися від наявних уявлень про патогенез неспецифічного болю у спині. Така варіабельність патогенезу болю та його клінічних проявів найшла підтвердження у наших дослідженнях, насамперед у хворих на розсіяний склероз та з хронічними персистуючими нейроінфекціями [3, 17, 18].

Поведінкові реакції, що виникають у людини в період болю, мають назву «больова поведінка». Больова поведінка залежить не тільки від інтенсивності і характеру болю, але значною мірою визначається особливостями особистості індивідуума, реакцією оточуючих людей та іншими факторами [10]. Адаптивна больова поведінка спрямована на лікування та відновлення соціального функціонування, дезадаптивна — навпаки. Нами зроблено припущення, що на темпи формування, вираженість та структуру больової поведінки може впливати стресостійкість — здатність витримувати певні психофізичні навантаження і переносити стреси без шкоди для організму і психіки. Виходячи

зі сказаного, метою цього дослідження є оцінення рівня опірності стресу (стресостійкості) та вивчення ролі стрес-утворюючих факторів у виникненні та хронізації больового синдрому, формуванні больової поведінки у хворих з дорсалгіями при різних варіантах неврологічної патології.

В дослідження включені 65 пацієнтів з хронічним болем у спині. Неврологічна патологія в групі досліджених проявлялася у 21 пацієнта (15 жінок, 6 чоловіків) розсіяним склерозом (РС), вірогідним за критеріями МакДональд (2001 р., доповненими 2005 та 2010 рр.), у 22 пацієнтів (16 жінок, 6 чоловіків) — хронічними персистуючими нейроінфекціями (НІ) та залишковими проявами гострих нейроінфекційних уражень та ще у 22 пацієнтів (14 жінок, 8 чоловіків) — вертеброневрологічною патологією (ВНП), вираженою рефлекторними больовими синдромами. Хворі були молодого віку — середній вік у групі хворих на РС склав 33,1 роки, середній вік у групі хворих з НІ — 34,7 року, середній вік хворих з ВНП — 36,8 років.

Для вивчення стресостійкості, адаптаційного потенціалу індивідуума та стрес утворюючих чинників застосовували шкалу оцінки соціальної адаптації Холмса і Рея [19]. Бланк тесту містить список 50 подій повсякденного життя за останній рік, які мають різноманітне емоційне забарвлення та значущість і оцінюються в балах за такою градацією: велика опірність стресу (сума балів до 150), значна (сума балів від 150 до 199), порогова (сума балів від 200 до 299), низька (сума балів більше ніж 300). Також були застосовані клініко-анамнестичний та статистичний методи дослідження.

Стресостійкість у групах обстежуваних хворих на РС, з НІ та з ВНП наведена у таблиці 1.

В результаті дослідження встановлено, що хворі на РС з дорсалгією мали різні типи стресостійкості, але переважала порогова або низька. Порогову та низьку опірність стресу мали 14 з 21 пацієнтів, що склало 66,6 % в групі обстежуваних.

Таблиця 1. Стресостійкість у хворих на розсіяний склероз, з нейроінфекціями та з вертеброневрологічною патологією з дорсалгією, цервікальним болем

Стресостійкість	Хворі на РС (n = 21)		Хворі з НІ (n = 22)		Хворі з ВНП (n = 22)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Велика	5	23,81	5	22,73	11	50,0
Значна	2	9,52	6	27,27	4	18,18
Порогова	8	38,09	5	22,73	6	27,27
Низька	6	28,57	6	27,27	1	4,55

Примітка. Тут і далі: n — кількість хворих у групі

Нами встановлено, що низьку або порогову стресостійкість мали пацієнти переважно молодого віку (до 30 років), жіночої статі та з достатньо коротким анамнезом РС. Значну та велику опірність стресу мали хворі старші за віком та з більш тривалим анамнезом захворювання. Ця особливість пояснюється тим, що у віці від 30 до 45 років більшість хворих на РС вже мали достатньо налагоджене життя, стабільні сімейні стосунки, організаційно вирішені питання побутової та виробничої сфери, пристосувалися до важкої хвороби (РС) та здебільшого вже вирішили питання соціальної допомоги. В молодому віці достатньо гострими були моменти, пов'язані з невирішеними питаннями особистої, побутової, виробничої сфери, у поєднанні з усвідомленням наявності РС. На нашу думку, є чіткий зв'язок між тривалістю захворювання, насампе-

ред з моменту встановлення факту РС, підтвердження діагнозу методами нейровізуалізації, з одного боку, та ступенем стресостійкості, з другого. Дані про співвідношення тривалості захворювання у хворих на РС з больовими синдромами та стресостійкості наведені у таблиці 2.

Таблиця 2. Тривалість захворювання у хворих на розсіяний склероз з дорсалгією та стресостійкість

Стресостійкість	Тривалість захворювання, роки			
	з моменту встановлення діагнозу		за даними анамнезу (на думку хворих, за власними відчуттями)	
	діапазон	середня тривалість	діапазон	середня тривалість
Велика	8—11	9,4	8—24	15,6
Значна	1—8	4,5	6—8	7,0
Порогова	0,5—3,5	1,9	1—12	5,6
Низька	0,3—3	1,1	1—5	1,8

Низька або порогова опірність стресу була у хворих з невеликим терміном встановленого РС, коли особливий вплив мав саме факт хвороби, необхідність лікування та змін у житті у зв'язку з захворюванням. Ці хворі були схильні до більш частих рецидивів болю, більш тривалих епізодів болю із значним емоційним та вегетативним забарвленням. У хворих на РС з тривалим перебігом відбувалася адаптація до хвороби, пристосування до нових умов існування, що сприяло формуванню адаптивної больової поведінки та підвищенню опірності стресу. Емоційний складник у патогенезі больового синдрому у таких хворих був менший, однак більшого значення набували структурні органічні зміни як в нервовій системі, так і в опорно-руховому апараті. Як завжди, хворі з тривалим перебігом РС мали більш хронічний варіант больового синдрому із зменшенням кількості епізодів інтенсивного болю.

У таблиці 3 наведені події, що частіше за інші наголошувалися пацієнтами з РС як дезадаптивні та сприяли зменшенню стресостійкості і соціальної дезадаптації.

Таблиця 3. Події, що спричиняли дезадаптацію у хворих на РС з дорсалгією

Життєва подія	Хворі на РС (n = 21)
Факт хвороби (РС)	11
Зміна стану здоров'я членів сім'ї	10
Зміна фінансового становища	13
Посилення конфліктності відносин з дружиною/чоловіком	8
Відмова від індивідуальних звичок	7
Зміна звичок, пов'язаних з відпочинком	7
Порушення сну	11
Зміна звичок, пов'язаних з їжею	8

Отримані дані свідчать про те, що найбільший дезадаптивний вплив мали фінансове становище, стан здоров'я хворого та його родини. Крім того, знайдене підтвердження літературних даних та результатів наших попередніх досліджень про значну частоту порушень сну у хворих з больовими синдромами та дезадаптивний вплив цих порушень у хворих на РС.

Виходячи з даних, наведених у таблиці 1, хворі з хронічними НІ і дорсалгією не мали якогось одного типу стресостійкості, що переважав, тобто стресостійкість у цих хворих була виражена в широкому діапазоні — від великої до низької. На відміну від хворих на РС, хворі з НІ

здебільшого не мали важкого негативного прогнозу щодо подальшого перебігу хвороби та очікувань значної інвалідизації. Крім того, стресорний фактор усвідомлення хвороби, хоч і мав значення для більшості хворих, але не мав такого значного психічного навантаження, як у хворих на РС, був значною мірою згладжений тривалим перебігом нейроінфекції. Саме тому кількість хворих з пороговою або низькою стресостійкістю в групі хворих з НІ порівняно з хворими на РС була меншою. У більшій частині хворих епізоди посилення чи виникнення болю, зменшення чи усунення больових проявів за часом були безпосередньо пов'язані з клінічною маніфестацією НІ чи, відповідно, переходом її в ремісію. Цей факт підкреслює роль інших, не стресорних факторів у патогенезі дорсалгії у хворих з НІ. Деадаптивна больова поведінка, що часто була у хворих з НІ, пояснюється топічними рівнями ураження в нервовій системі, а саме неокортикальних відділів мозку з активацією емоційних та мнестичних гіпокампальних механізмів мозку, що призводить до порушень емоційних процесів у вигляді емоційної фіксації на перешкоді, спроб розв'язати проблему за допомогою інших осіб, реакції пасивного очікування, значних мотиваційних конфліктів.

Події, на які пацієнти з нейроінфекціями вказували частіше за все, були дезадаптивними (табл. 4).

Таблиця 4. Деадаптивні події у хворих з НІ з дорсалгією

Життєва подія	Хворі з НІ (n =22)
Факт хвороби (нейроінфекція)	12
Зміна стану здоров'я членів сім'ї	10
Зміна умов життя	6
Зміна місця проживання	6
Порушення сну	16
Зміна звичок, пов'язаних з їжею	12

Наведені у таблиці 4 дані свідчать про те, що значний деадаптивний вплив мали стан здоров'я хворого та його родини, зміна звичок, пов'язаних з їжею, але найбільше значення серед усіх дезадаптивних чинників мали порушення сну.

Порівняно з хворими на РС та з НІ, що мали больові прояви, хворі з вертеброгенними дорсалгіями мали значно кращу стресостійкість, переважно в діапазоні від великої до порогової (див. табл. 1). Тобто, серед усіх вивчених варіантів, саме вертеброгенний біль менш за все асоціювався із стресорними подіями повсякдення. Біль вертеброгенного походження виникав переважно на тлі патологічних змін та біомеханічних розладів хребта і м'язової системи, при відносно незначному впливі стресорних дезадаптивних подій, що сприяють хронізації болю, внаслідок чого ці хворі повинні мати найбільший адаптаційний потенціал. Здебільшого хворі з ВНП мали адаптивну больову поведінку, спрямовану на усунення болю та одужання.

На відміну від хворих на РС та з НІ, у хворих з вертеброгенними больовими синдромами не вдалося настільки ж чітко виокремити події, що спричиняли дезадаптацію — їх було хворими названо значно менше, з деяким превалюванням саме таких: факт захворювання (у 9 хворих), реорганізація на роботі (у 5 хворих), зміна умов роботи (у 6 хворих), конфліктні ситуації на роботі (у 5 хворих), зміна фінансового становища (у 7 хворих), порушення сну (у 8 хворих), народження дитини (у 2 хворих). Тобто загалом серед подій, що спричиняли дезадаптацію, превалювали ті, що стосувалися професійної діяльності, та меншою мірою — пов'язані з особистим життям.

Отже, проведене дослідження підтвердило роль стресу та соціальної дезадаптації в патогенезі больових синдро-

мів. Неврологічна патологія є дуже важливим стресорним фактором, особливо в дебюті неврологічного захворювання, коли соціальна дезадаптація індивідуума найбільш суттєва. Темпи розвитку неврологічного захворювання, його особливості, особиста та соціальна значимість можуть значно впливати на формування та подальший перебіг дорсалгії, визначати адаптивну або дезадаптивну спрямованість больової поведінки.

Список літератури

1. Продан А. И., Радченко В. А., Корж Н. А. Дегенеративные заболевания позвоночника. В 2 т. Т. 1, Т. 2. Киев, 2009. 78 с.
2. Поперековий хребтовий біль : навчально-методичний посібник / О. М. Хвисюк, В. О. Бабалян, Р. І. Бузицький [та ін.]. Харків : Планета-Прінт, 2017. 156 с.
3. Волошина Н. П., Левченко І. Л., Федосєєв С. В. Клінічний поліморфізм уражень нервової системи, характер больового синдрому у пацієнтів з Varicella-zoster-вірусною інфекцією, особливості терапевтичної корекції // Український вісник психоневрології. 2005. Т. 13. вип. 3 (44). С. 5—8.
4. Dougados M. Assess spondyloarthritis to international Society (ASAS) handbook: a guide The Assessment of spondyloarthritis / M. Dougados, K. G. Hermann, R. Landewe [et al.] // Ann Rheum Dis. 2009; 68: 1—44.
5. Морозова О. Г., Ярошевский А. А. Патогенетический подход к терапии миофасциальной болевой дисфункции // Международный неврологический журнал. 2009. № 3. С. 23—29.
6. Миофасциальная боль в практике интерниста: диагностика и локальная терапия / В. В. Цурко, Н. В. Малышева, Л. С. Краснова, О. А. Шавловская // Медицинский совет. 2016. № 11. 74—78.
7. Федосєєв С. В., Назарчук І. А. Етіологічні і патогенетичні аспекти рефлекторних вертеброневрологічних синдромів з позицій стану проблеми (огляд літератури) // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23. вип. 3 (84). С. 49—52.
8. Особливості проявів транзиторного болю в спині в молодих осіб розумової праці / І. В. Котульський, Г. М. Дем'яненко, Н. О. Москаленко [та ін.] // Проблеми остеології. 2014. Т. 17. № 1. С. 56—57.
9. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain / M. Middelkoop, S. M. Rubinstein, T. Kuijpers [et al.] // Eur Spine J. 2011. Vol. 20, № 1. P. 19—39.
10. Данилов А. Б., Данилов Ал. Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход : руководство для врачей разных специальностей. Москва : АММ ПРЕСС. 2012. 568 с.
11. Назарчук І. А., Федосєєв С. В. Особливості психоемоційного стану у хворих з рефлекторними вертеброневрологічними синдромами // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, вип. 3 (72). С. 127.
12. Боженько Н. Л. Больові синдроми спини: деякі психоемоційні аспекти і можливості їх корекції // Міжнародний неврологічний журнал. 2013. № 8 (62). С. 103—108.
13. Привалова Н. М., Федосєєв С. В. Деякі психологічні особливості хворих з дорсалгіями та цервікальними больовими синдромами при неврологічній патології вертебрального та невертебрального генезу // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 99—100.
14. Назарчук І. А. Конституціональний підхід у вертеброневрології // Український неврологічний журнал. 2014. № 3—4. С. 11—14.
15. Перова В. П., Демчук А. І. Конституціональні предиктори формування хронічного поперекового больового синдрому // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 96.
16. Гендерные различия переживания хронической боли в спине / Е. Л. Соков, Л. Е. Корнилова, Р. С. Соков [и др.] // Фундаментальные исследования. 2013. № 12 (часть 2). С. 331—335.
17. Волошина Н. П., Т. В. Негреба, Федосєєв С. В. Дорсалгии при рассеянном склерозе // Український вісник психоневрології. 2007. Т. 15, вип. 4 (53). С. 5—8.
18. Федосєєв С. В. Дорсалгія у хворих з нейроінфекціями. Клінічні аспекти і патогенез // Там само. 2008. Т. 16, вип. 2 (55). С. 23—26.
19. Holmes T. H., Rahe R. H. The Social Readjustment Rating Scale // Journal of Psychosomatic Research. 1967. Vol. 11. P. 213—218.

Надійшла до редакції 23.01.2018 р.

ФЕДОСЄЄВ Сергій Володимирович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу нейроінфекцій та розсіяного склерозу Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: fedoseev_vert@ukr.net

FEDOSIEIEV Sergii, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroinfections and Multiple Sclerosis of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: fedoseev_vert@ukr.net